LE POINT EN RECHERCHE

Février 2013 Série socio-économique 13-003

Habitudes d'utilisation des différentes configurations de barres d'appui pour salle de bains dans une collectivité qui héberge des personnes âgées

INTRODUCTION

Les chutes sont chose courante chez les personnes âgées et peuvent avoir de graves conséquences sur leur bien-être. Une grande proportion de ces chutes se produit lors de transferts ratés d'une position à une autre. Parmi les activités de soins personnels, les personnes âgées considèrent habituellement comme une tâche difficile le fait de s'assoir et de se lever d'une toilette. Les appareils fonctionnels peuvent grandement réduire les risques de chute et rendre plus facile l'exécution d'une tâche; ils constituent des outils importants dans la réhabilitation et les logements-services. Les appareils fonctionnels pour salle de bains peuvent aider à remédier aux limites fonctionnelles, contribuant ainsi à accroître l'autonomie et la sécurité dans la salle de bains. Les sièges de toilette surélevés et les barres d'appui font partie des appareils fonctionnels que l'on trouve habituellement dans les salles de bains. Même si les personnes âgées accordent une priorité élevée aux appareils fonctionnels utilisés comme dispositifs de sécurité et ont indiqué qu'il s'agit de l'une des modifications les plus fréquemment installées comme mesure de sécurité à la maison, leur présence dans la salle bains ne signifie pas nécessairement qu'ils sont utilisés adéquatement. Le mauvais emplacement, le manque de formation ou une force physique insuffisante sont les raisons les plus souvent invoquées pour ne pas les utiliser ou les utiliser d'une manière inadéquate.

Les normes et les règlements précisent l'endroit où les barres d'appui doivent être installées, généralement en fonction des besoins d'un usager type et des contraintes liées à la conception du secteur manufacturier. Toutefois, en raison du large éventail de leurs limites et besoins fonctionnels, il se peut qu'un endroit normalisé ne convienne pas aussi bien à des personnes âgées qu'à d'autres.

BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude était d'évaluer les habitudes d'utilisation, de même que la perception qu'ont les personnes âgées de l'utilité et de la sécurité des différentes configurations de barres d'appui pour personnes âgées dans les salles de bains. Ces différentes configurations ont été examinées afin de relever les obstacles à leur acceptation et leur utilisation : 1) chaise d'aisance, un cadre monté sur une toilette et doté de barres horizontales; 2) deux barres verticales; 3) une barre verticale; 4) une barre horizontale; 5) deux barres pivotantes; 6) une barre diagonale et 7) aucune barre.

Les objectifs précis de ce projet étaient les suivants : 1) déterminer si les gens utilisent réellement les barres d'appui de salle de bains et comment ils le font; 2) déterminer la configuration la plus efficace permettant de s'asseoir sur la toilette et de se relever de manière sécuritaire; 3) établir si la configuration de barres d'appui utilisée a eu une incidence sur la charge exercée sur les membres inférieurs et 4) relever les obstacles à l'acceptation et l'utilisation des barres d'appui pour salles de bains.

MÉTHODOLOGIE

Au total, 47 personnes ont participé à toutes les phases de l'étude : 18 jeunes adultes et 19 personnes âgées, dont sept après un accident vasculaire cérébral (AVC) et huit après

Canada

SCHL CMHC
AU CŒUR DE L'HABITATION

une fracture de la hanche. Les jeunes adultes ont été recrutés parmi un groupe d'étudiants de l'Université d'Ottawa et les personnes âgées, par l'entremise de divers organismes communautaires. Les essais ont pris environ 30 minutes dans le cas des jeunes adultes et 60 minutes pour celui des personnes âgées. Les participants ont rempli le questionnaire sur l'efficacité des barres d'appui lors d'une perte d'équilibre, qui comprenait les caractéristiques sociodémographiques des participants (âge, sexe, état matrimonial, situation des particuliers dans le ménage, langue maternelle, études et revenu) et des indicateurs de l'état de santé, les comportements des personnes âgées de nature à entraîner des chutes, les habitudes pour le bain, de même que les habitudes quant à l'utilisation et l'acceptation des barres d'appui dans les salles de bains.

Une fois les questionnaires remplis, les participants devaient entrer dans une fausse salle de bains et se tenir avec un pied sur chaque tapis disposé directement à l'avant de la toilette et dos à celle-ci. Au signal donné par le chercheur, chaque participant devait s'asseoir (descendre au niveau du siège de la toilette) et se relever (se soulever du siège de la toilette) à cinq reprises pour chacune des six configurations de barres d'appui pour salle de bains et une série supplémentaire d'essais avec une toilette sans barre d'appui. Pour chaque configuration comportant deux barres, on a demandé aux participants d'utiliser les deux barres s'ils le pouvaient, parce que certains des participants hémiparétiques victimes d'un AVC ne pouvaient utiliser qu'un seul bras. De plus, en raison de l'hémiparésie chez certaines victimes d'un AVC, certains participants ne pouvaient faire l'essai avec les configurations à une barre unilatérale (selon leur côté touché et la gravité de leur état). Dès que les essais de positions assises et debout eurent été terminés pour chaque configuration, les participants ont été invités à évaluer la sécurité, la facilité d'utilisation, l'efficacité et le confort pour chaque configuration, ainsi que leur préférence sur le plan de l'installation, en se servant d'une échelle de Likert en cinq points. Les pointages les plus élevés indiquaient les cotes favorables. Un pointage de cotes mixtes a ensuite été calculé en additionnant les cinq cotes ensemble, la cote positive maximale étant de 25.

Pour cette étude, on a conçu une fausse salle de bains dotée de deux toilettes publiques d'une hauteur normale de 43 cm (17 po). Devant les toilettes, on a placé deux tapis sensibles à la pression de 25 cm sur 100 cm (10 po sur 40 po), un pour chaque pied, étendus côte à côte dans le sens de la longueur à partir de l'avant de la toilette. Ces tapis sensibles à la pression ont été raccordés à un ordinateur à l'aide d'un câble USB, et les données ont été recueillies numériquement. En plus des tapis, six configurations de barres d'appui pour salle de bains ont été construites autour des deux toilettes : une chaise d'aisance (C); deux barres d'appui verticales (2BV), une boulonnée au plancher et l'autre fixée au mur; une barre verticale (1BV); une barre d'appui horizontale (H) fixée au mur à gauche de la toilette; deux barres d'appui pivotantes (P) fixées au mur à l'arrière de la toilette; et une barre d'appui diagonale (D) fixée au mur, à droite de la toilette. Ces barres ont été utilisées pour s'asseoir sur la toilette et pour s'en relever. Les barres d'appui des configurations C, 2BV, 1BV et H ont été construites autour de la première toilette, et celles des configurations P et D autour de la deuxième toilette. Chaque configuration était dotée de capteurs de pression intégrés à de la mousse de polyéthylène utilisée pour recouvrir les barres d'appui. Le siège de la chaise d'aisance a été relevé à une hauteur de 50 cm (20 po), afin qu'il soit situé juste au-dessus du siège de la toilette, mais pour toutes les autres configurations, le siège de la toilette a été placé à la hauteur normalisée de 43 cm (17 po).

RÉSULTATS

Le groupe composé d'adultes en santé a utilisé la barre diagonale pendant moins de temps durant les transferts d'une position à l'autre (indiquant un transfert plus rapide). La pression a été exercée pendant plus longtemps aux deux barres verticales par ce segment de la population. Lors de l'utilisation de la barre diagonale, où des différences importantes ont été notées, les personnes âgées en santé ont démontré une déviation moindre du centre de pression (CDP) médio-latéral (M-L), par rapport aux autres configurations de barres. Les personnes âgées en santé ont démontré une déviation supérieure du CDP antéro-

postérieur (A-P) par rapport à celle des jeunes adultes en santé. Le CDP A-P peut donc servir à décrire les changements de l'équilibre (pendant le transfert) qui se produisent avec l'âge. Puisqu'il est également reconnu que l'équilibre peut diminuer au fur et à mesure que les gens vieillissent, une déviation souhaitable du CDP A-P se situe plus près de la déviation révélée par le groupe composé de jeunes adultes, c'est-à-dire une plus faible déviation du CDP A-P. Cependant, une plus importante déviation du CDP A-P a été notée chez les personnes âgées en santé lorsqu'elles se servent de la barre horizontale plutôt que toute autre configuration.

Selon les résultats fondés sur l'échelle de Likert, les jeunes adultes en santé ont préféré la configuration à barre diagonale ou à deux barres verticales. En se fondant sur les cotes et le temps de transfert, les résultats indiquent également que la barre diagonale constitue une barre d'appui efficace dans la salle de bains pour ce groupe démographique. En outre, lorsque la barre diagonale est utilisée, on constate des différences importantes de la déviation du CDP M-L. Une déviation non souhaitable du CDP A-P est constatée lors de l'utilisation de la barre horizontale.

Les personnes âgées victimes d'un AVC ont aussi préféré la configuration à deux barres verticales et celle à barre diagonale. Bien que les différences dans la durée de la pression exercée sur chaque barre n'étaient pas importantes, ce groupe a exercé une pression sur les barres pendant de plus longues périodes que pour tous les autres groupes, et ce, pour chacune des configurations de barres correspondantes. Aucune différence importante de la déviation du CDP M-L n'a été constatée; cependant, lors de l'utilisation des deux barres verticales, la déviation du CDP A-P a été beaucoup plus petite des côtés parétique et non parétique qu'avec les autres configurations, particulièrement avec les configurations à barre horizontale et sans barre. Les personnes âgées victimes d'un AVC peuvent tirer avantage de l'utilisation des deux barres verticales comme aide fonctionnelle pour la toilette.

Les personnes âgées qui ont subi un remplacement de la hanche ont affiché une préférence pour plusieurs configurations de barres, notamment les deux barres verticales, la barre verticale simple, les barres pivotantes et la chaise d'aisance. Lors du mouvement de la position assise à la position debout, la pression a été exercée plus longtemps avec les deux barres verticales. On n'a constaté aucune différence importante dans la déviation du CDP M-L, et cette même déviation a été très variable lors de l'utilisation de différentes configurations de barres d'appui. Nos données donnent à penser que le meilleur appareil fonctionnel pour une personne de ce groupe démographique repose sur les préférences personnelles.

Bien que les différents groupes démographiques aient préféré différentes barres d'appui pour salles de bains, tous les groupes participants à cette étude ont moins aimé la barre d'appui horizontale, laquelle est actuellement recommandée par l'Association canadienne de normalisation (CSA). Lorsqu'on a demandé de tenir compte de l'efficacité, la facilité d'utilisation, la sécurité, le confort et la probabilité de l'installation, la barre d'appui horizontale a été plutôt mal accueillie. En fait, tous les participants à l'étude préféraient ne pas utiliser de barre d'appui plutôt que d'utiliser une barre horizontale. Un obstacle possible à l'utilisation de barres d'appui dans les salles de bains est que lorsque les personnes qui font l'essai de la barre d'appui recommandée constatent qu'elle n'est pas très efficace, ces personnes pourraient ne pas être tentées de poursuivre leur recherche pour un appareil fonctionnel.

CONSÉQUENCES POUR LE SECTEUR DE L'HABITATION

- Selon la capacité musculaire et les différentes limites physiques, les différents groupes démographiques exigent différentes aides fonctionnelles pour créer un environnement sûr pour la toilette.
- Les normes visant les barres d'appui pourraient être améliorées en tenant compte de l'anthropométrie des personnes âgées au moment de suggérer les dimensions des installations.

Directeur de projet à la SCHL : Jim Zamprelli

Consultante : Heidi Sveistrup
Investigatrice principale
Professeure agrégée – directrice, École des sciences de la réhabilitation
Université d'Ottawa

Cette étude a été financée (ou financée en partie) par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) dans le cadre du Programme de subventions de recherche (PSR), mais les opinions exprimées dans l'étude sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la SCHL. La contribution financière de la SCHL à cette étude ne constitue nullement une approbation de son contenu.

Pour consulter d'autres feuillets ***Le Point en recherche*** et pour prendre connaissance d'un large éventail de produits d'information, visitez notre site Web au

www.schl.ca

ou communiquez avec la

Société canadienne d'hypothèques et de logement
700, chemin de Montréal
Ottawa (Ontario)
K1A 0P7

Téléphone : 1-800-668-2642
Télécopieur : 1-800-245-9274

67811

©2013, Société canadienne d'hypothèques et de logement
Imprimé au Canada
Réalisation : SCHL 11-02-13

Bien que ce produit d'information se fonde sur les connaissances actuelles des experts en habitation, il n'a pour but que d'offrir des renseignements d'ordre général. Les lecteurs assument la responsabilité des mesures ou décisions prises sur la foi des renseignements contenus dans le présent ouvrage. Il revient aux lecteurs de consulter les ressources documentaires pertinentes et les spécialistes du domaine concerné afin de déterminer si, dans leur cas, les renseignements, les matériaux et les techniques sont sécuritaires et conviennent à leurs besoins. La Société canadienne d'hypothèques et de logement se dégage de toute responsabilité relativement aux conséquences résultant de l'utilisation des renseignements, des matériaux et des techniques contenus dans le présent ouvrage.